

ДИАГНОСТИКА КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И СОСУДОВ АБДОМИНАЛЬНОГО РЕГИОНА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Подолинская Н.А., Выхристенко Л.Р.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Ревматоидный артрит (РА) ассоциируется с развитием многих сопутствующих заболеваний, таких как патология желудочно-кишечного тракта [1,2], ранний атеросклероз и его осложнения (инфаркт миокарда, инсульт). Терапия РА сопряжена с развитием или утяжелением течения коморбидных заболеваний.

Выявление коморбидной патологии с использованием методов ультразвукового исследования (УЗИ) с детализацией локальных болевых ощущений используется редко.

Цель. Верификация и определение частоты встречаемости патологических изменений органов брюшной полости, артериальных сосудов абдоминального региона (аорта, подвздошные артерии) у пациентов с РА.

Материал и методы. Обследовано 30 пациентов (23 женщины и 7 мужчин) в возрасте 32-75 лет с РА, длительностью заболевания от 2-х до 24 лет. Активность РА у обследованных пациентов распределилась следующим образом: I ст - у 16,7% (5/30) пациентов, II ст – у 56,6% (17/30) пациентов, III ст – у 26,7% (8/30) пациентов. Для диагностики коморбидной патологии органов брюшной полости и сосудов абдоминального региона использовали метод УЗИ, сопровождаемый глубокой пальпацией живота с определением органной специфичности болевых ощущений в брюшной полости. Интенсивность субъективно ощущаемых болевых ощущений и/или дискомфорта оценивали с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) с градацией в пределах 100 единиц. Всем пациентам проводилась фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС), выполнялись исследования с целью исключения других заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Результаты исследования: Наибольшее число пациентов с атеросклеротическими поражениями сосудов выявлено в группе пациентов старше 61 года - 53% (10/19), в возрасте от 46 до 60 лет атеросклероз сосудов выявлен у 37% (7/19), тогда как в группе от 32 до 44 лет только у 10% (2/19) пациентов ($p=0,03$; критерий Фишера). Ультразвуковая визуализация показала, что в 4-х (13,3%, 4/30) случаях боли (76,0 мм по ВАШ) были анатомически ассоциированы с правой подвздошной артерией, имеющей атеросклеротические бляшки, выступающие в ее просвет. У 2-х (6,6%, 2/30) пациентов пальпаторно индуцируемые боли (75,0 мм) возникали также и в левой подвздошной области в проекции левой подвздошной артерии. Боли при пальпации в области бифуркации аорты, интенсивностью 70,0 мм по ВАШ, отметили 3 пациента из 30 (10%). Наиболее интенсивные локальные болевые ощущения (80,0 мм) у 8 (26,7 %, 8/30) пациентов возникали при

глубокой пальпации живота по левой парамедианной линии на уровне между мечевидным отростком грудины и пупком, что по данным эхографической визуализации соответствовало позиции брюшной аорты в проекции атеросклеротических бляшек. Боли возникали строго в позиции расположенных на стенке аорты и выступающих в ее просвет атеросклеротических бляшек.

Локальные болевые ощущения при глубокой пальпации живота были зарегистрированы в 25 (83,3%, 25/30) случаях. У 11 из 30 (36,6%) пациентов боли локализовались в правом подреберье, в проекции луковицы 12-перстной кишки. Луковица 12-перстной кишки выглядела спазмированной, содержала в своем просвете газ, дающий характерную акустическую тень, интенсивность болевых ощущений составляла 83,0 (79,0-86,0) мм по шкале ВАШ. У 9 (30%) человек болевые ощущения возникали в проекции слепой кишки, ВАШ - 53,0 (44,0-61,0) мм. Кишка выглядела спазмированной, а ее стенка утолщенной. У 6 (20%) пациентов возникали пальпаторно индуцируемые боли в правой подвздошной области, обусловленные раздражением, как слепой кишки, так и атероматозно измененной подвздошной артерии, ВАШ (53,0 (44,0-61,0) мм и 76,0 (75,0-77,0) мм).

По данным ФЭГДС установлено, что только у 16,6% (5/30) пациентов с РА наблюдалась нормальная картина слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. У 25 из 30 пациентов (83,3%) был выявлен хронический гастрит. Отмечалось антральное расположение очага воспаления. При морфологическом исследовании биоптатов слизистой оболочки антрального отдела желудка выявлялся поверхностный у 56% (14/25) и атрофический гастрит у 44% (11/25). Эрозивные изменения в желудке обнаружены у 7 (28%, 7/25) пациентов, в двенадцатиперстной кишке - у 4 (16%, 4/25) пациентов. В 3 случаях (12%) эрозии были множественными. По характеристике у 2-х человек (8%) они были неполными, в остальных случаях - полными. Размеры эрозий были от 0,2 до 0,6 см в диаметре. Язвы локализовались как в желудке, так и в двенадцатиперстной кишке. В желудке язвы - в антральном (8%, 2/25), пилорическом (12%, 3/25) отделах, реже - в теле желудка (8%, 2/25). В луковице двенадцатиперстной кишки язвенные дефекты выявлялись на задней (8%, 2/25) и на передней стенке (12%, 3/25). Размеры колебались от 0,4 до 0,6 см в диаметре. У 2-х (8%, 2/25) пациентов они были множественными. В слизистой оболочке желудка пациентов с РА в 48% (12/25) случаях выявлено обсеменение *Helicobacter pylori* разной степени выраженности.

Диагноз синдром раздраженного кишечника (СРК) был верифицирован у всех пациентов на основании клинических симптомов, данных исследований, исключающих наличие другой патологии ЖКТ.

Коморбидная патология органов брюшной полости и сосудов абдоминального региона, диагностированная на основании клинико-инструментальных исследований, встречается у 93,3% (28/30). Наиболее

часто выявляемая патология представлена НПВС-гастропатией - у 25 пациентов (83,3%, 25/30), атеросклеротическими поражениями - у 19 (63,3%, 19/30) пациентов, синдромом раздраженного кишечника - у 10 (33,3%, 10/30) пациентов. Реже были диагностированы диффузные изменения поджелудочной железы - в 16,6% (5/30) случаев, желчнокаменная болезнь и хронический калькулезный холецистит - в 10% (3/30). Выявлена высокая частота сочетанной коморбидной патологии - у 22 (73,3%, 22/30).

Установлена ассоциация активности РА с наличием атеросклероза сосудов абдоминального региона в 76% (20/25) случаев ($p=0,008$), при высокой и средней активности РА чаще встречалась НПВС-гастропатия – у 84% (21/25), ($p=0,004$). Обнаружена обратная взаимосвязь активности РА и синдрома раздраженного кишечника ($r=-0,32$; $p<0,05$).

Сочетанная коморбидная патология - наличие комбинации 2-х и более нозологических форм установлена у 22 пациентов (73,3%, 22/30). Комбинации коморбидной патологии распределились у пациентов с РА следующим образом: атеросклероз в сочетании с НПВС-гастропатией диагностирован у 16 пациентов (16/30, 53,3%); атеросклероз+СРК - у 7 пациентов (7/30, 23,3%); атеросклероз+ НПВС-гастропатия+СРК - у 6 (6/30, 20%); сочетание НПВС+СРК наблюдалось у 9 пациентов (9/30, 30%). В группе пациентов ($n=30$) было 8 (26,7%, 8/30) человек только с одной коморбидной патологией. Из них: у 1 (3,4%, 1/30) диагностировано атеросклеротическое поражение сосудов, у 7 (23,4%, 7/30) - НПВС-гастропатия.

Выводы.

1. Установлена высокая частота встречаемости коморбидной патологии у обследованных пациентов с РА (93,3%; 28/30) и сопряженность ее с течением РА: у пациентов с высокой и средней активностью РА атеросклероз сосудов абдоминального региона диагностирован в 76% (20/25) случаев ($p=0,008$), чаще встречалась НПВС-гастропатия – у 84% (21/25), ($p=0,004$). Обнаружена обратная взаимосвязь активности РА и СРК ($r=-0,32$; $p<0,05$).

2. Оценка по визуальной аналоговой шкале уровня боли, возникающей при эхоконтролируемом пальпаторном воздействии на сосуды абдоминального региона в позиции атеросклеротических бляшек, а также в проекции патологически измененных органов брюшной полости, является методом объективизации данной патологии у пациентов с РА ($r=0,8$; $p<0,05$), подтверждает значимую клиническую информацию метода и позволяет рекомендовать его в качестве проспективного, наряду с использованием других диагностических показателей.

Литература:

1. Fecal microbiota in early rheumatoid arthritis / J. Vahtovuo [et al.] // J Rheumatol. – 2008. – Vol. 35, N 8. – P. 1500–1505.
2. Toivanen, P. Normal intestinal microbiota in the aetiopathogenesis of rheumatoid arthritis / P. Toivanen // Ann Rheum Dis. – 2003. – Vol. 62, N 9. – P. 807–811.